



**WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS**  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 3 ГОДА**

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА		
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ест разнообразную пищу.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может соскочить со ступеньки на двух ногах.	
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок знает свой пол, как его зовут и сколько ему лет.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок почти всегда просыпается сухим.	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Члены моей семьи понимают речь ребенка.	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Слух/зрение моего ребенка вызывает у меня беспокойство.		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Elimination _____			
Screening:	MHZ	R	L		
Hearing Screen	4000	_____	_____		
	2000	_____	_____		
	1000	_____	_____		
	500	_____	_____		
Vision Screen	20/	_____	20/_____		
Development	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____		
Behavior	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____		
Social/Emotional	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____		
Gross Motor	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____		
Fine Motor	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____		
Communication	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____		
Physical:	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
General appearance	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Chest	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Skin	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Lungs	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Head	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Eyes	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Abdomen	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Ears	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Genitalia	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Nose	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Spine	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Extremities	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Neck	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Neurological	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Nodes	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Gait	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Mental Health	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings:					IMMUNIZATIONS GIVEN
					REFERRALS
<b>NEXT VISIT: 4 YEARS OF AGE</b>					HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE					HEALTH PROVIDER ADDRESS

DSHS 13-684B RU (REV. 08/2001)

 SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician      Yellow - Parent/Guardian

**EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS**

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (3 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

### **Tuberculosis Screen**

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- In close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **Developmental Milestones**

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes      No

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Washes and dries hands.   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Imitates vertical line.   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u>                    |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 animals pictures (e.g., cat, dog, bird, horse).</u>      |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Identifies 2 animals pictures: "Which flies? Meows? Barks? Gallops? |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <u>Throws ball overhand.</u>  |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <u>Pedals tricycle.</u>   |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Says "no!" often.   |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Persistent echolalia (repeating what was just said).<br/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Inappropriate play with toys/no pretend play.</div> |                          |   |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on **even one** of the underlined items, or if you have checked one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 3 ГОДА

WELL CHILD EXAM - LATE CHILDHOOD: 3 YEARS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

## СТАРШИЙ ДЕТСКИЙ ВОЗРАСТ: 3 ГОДА

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА	
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ			
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок ест разнообразную пищу.	
	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок может соскочить со ступеньки на двух ногах.	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок знает свой пол, как его зовут и сколько ему лет.		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Мой ребенок почти всегда просыпается сухим.		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Члены моей семьи понимают речь ребенка.		
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Слух/зрение моего ребенка вызывает у меня беспокойство.		
ВЕС, КГ/УНЦИЙ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЬ)	КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ	Питание _____	
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза		Выделения _____		
Обследования: Проверка слуха		МГц 4000 2000 1000 500	Прав. Лев.	
Проверка зрения		Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/> 20/ _____	20/ _____	
Развитие	<input type="checkbox"/>			
Поведение	<input type="checkbox"/>			
Социальное/ эмоциональное развитие	<input type="checkbox"/>			
Грубая моторика	<input type="checkbox"/>			
Тонкая моторика	<input type="checkbox"/>			
Общение	<input type="checkbox"/>			
Нарушения:	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/> Есть <input type="checkbox"/>		
Общий внешний вид	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Грудная клетка Легкие	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Кожа	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Голова	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Сердечно-сосудистая система/ пульс	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Глаза	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Живот	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Уши	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Половые органы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Нос	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Позвоночник	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ротовая полость/ зубы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Конечности	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Шея	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Неврологическое состояние	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Лимфатические узлы	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Походка	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Психическое здоровье	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Опишите выявленные нарушения: _____ _____		
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 4 ЛЕТ			СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ	
ПОДПИСЬ ВРАЧА			НАПРАВЛЕНИЯ	
			ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
			АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	

# Здоровье вашего малыша в возрасте 3 лет

## Советы по сохранению здоровья

### Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 3 до 4 лет.

Может спеть простую песенку.

Рассказывает вам о том, что он делал.

Знает свое имя и фамилию.

Строит башни из 9-10 кубиков.

Прыгает на одной ноге.

Пытается нарисовать человека с несколькими частями тела (например, головой, туловищем, ногами).

Играет в простые игры с друзьями, начинает делиться игрушками с другими.

Любит простые игры-головоломки, в которых нужно собрать картинку.

**Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.**

### Помощь или подробная информация

**Научитесь приемам сердечно-легочной реанимации и приемам оказания первой помощи младенцам и детям:** спросите о занятиях на местной пожарной станции или в департаменте здравоохранения.

**Вопросы, касающиеся автомобильных и детских сидений:** Коалиция по защитным удерживающим устройствам (Safety Restraint Coalition): 1-800-BUCK-L-UP или 1-800-833-6388 (TTY).

**Бесплатная оценка уровня развития:** информация о программе «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) и направления по телефону 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Вода – это здоровый напиток. Вместе с легкими закусками предлагайте воду вместо сладких напитков. Вашему ребенку по-прежнему нужно примерно две кружки молока каждый день.

Каждый день предлагайте различные фрукты и овощи.

Каждый день помогайте ребенку чистить зубы. Используйте небольшое количество зубной пасты (величиной с горошину), содержащей фтор. По крайней мере, раз в год водите ребенка на профилактический осмотр к стоматологу.

Учите ребенка тому, чтобы он тщательно мыл руки после игр или пользования туалетом, а также перед едой. Пользуйтесь мылом и трите руки друг о друга в течение примерно 20 секунд.

### Советы по воспитанию детей

Дети лучше всего учатся, когда что-то делают сами. Им нужно:

- играть в подвижные игры (пятнашки, игры с мячом, катание на игрушках с колесами, лазанье);
- играть в игры, развивающие воображение (куклы, игрушки, соответствующие определенным образам, книжки со сказками);
- играть игрушками, с которыми нужно активно действовать руками (кубики, большие игры-головоломки, в которых нужно собрать картинку).

Ограничивайте время пребывания у телевизора или за компьютером одним часом в день.

Читайте ребенку каждый день. Говорите с ним о картинках и обсуждайте сказки.

Вы – лучший учитель для ребенка. Он смотрит, как вы ведете себя с другими людьми, как едите, занимаетесь физическими упражнениями, отдыхаете, пользуетесь ремнями безопасности или переходите улицу. Он пытается быть похожим на вас.

### Советы, касающиеся безопасности

Чаще проверяйте свой дом на наличие источников опасности для ребенка. Ваш ребенок еще слишком мал, чтобы уберечь себя от того, что может причинить ему вред, например, спичек, оружия, ядовитых веществ. Запирайте их!

Продолжайте использовать автомобильное детское сиденье, пока ваш ребенок не будет весить более 40 фунтов (около 18 кг). После этого используйте специальное вспомогательное детское сиденье, пока вес ребенка не достигнет 80 фунтов (около 36 кг). Усаживайте ребенка на заднее сиденье.

Проверяйте, чтобы ребенок надевал шлем, катаясь на трехколесном велосипеде, самокате или других игрушках на колесах.